Über
Entfernung maligner Ovarialtumoren
durch Operation
und deren Resultate.

(Nach dem Krankenmaterial der kgl. Universitäts-Frauenklinik zu Würzburg aus den Jahren 1889—96.)



Inaugural-Dissertation

verfasst und der

Hohen medicinischen Facultät

der

Königl. Bayer. Julius-Maximilians-Universität Würzburg

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe

vorgelegt von

Franz Geyer

aus Bensheim (Hessen).

WÜRZBURG.

Paul Scheiner's Buchdruckerei (Dominikanergasse 6).

1897.

Referent: Herr Professor Dr. Hofmeier.

Seiner lieben Mutter

und dem

Andenken seines teuren Vaters

gewidmet.



Während die Castration des Weibes, also die Entfernung der gesunden Eierstöcke aus den verschiedensten Gründen schon im Altertume bekannt und geübt war, dauerte es geraume Zeit, bis man daranging, die zu Geschwülsten entarteten Ovarien durch die Operation, die Ovariotomie, zu entfernen. *Ephraim Mac Dowell* in Kentucky war der erste, der im Jahre 1809 die erste rationelle Ovariotomie ausführte, die glücklich verlief. Noch zwölf mal führte der glückliche Entdecker die Operation aus, und in acht Fällen ist sichere Heilung constatiert. Trotzdem stellten sich dem von ihm vorgeschlagenen Verfahren die grössten Schwierigkeiten in den Weg, da erstens das Vorurtheil gegen eine Eröffnung der Bauchhöhle allzugross war und die Erfolge auch der besten Operateure in der ersten Zeit so wenig ermutigend waren, dass *Dieffenbach* und andere direkt von der Operation abrieten. Erst die günstigen Erfolge *S. Atlee's* verschafften sich in Amerika allgemeine Berechtigung; von hier kam sie bald nach England und Schottland, wo besonders *Clay, Baker Brown, Spencer Wells, Smith* und andere gute Resultate erzielten. In Deutschland hatte schon 10 Jahre nach der Entdeckung *Chrysmar* in Württemberg die Operation unternommen, wie aber

schon erwähnt, hatte sie hier wegen der schlechten Resultate keinen Anklang gefunden. Nachdem aber durch die exhaperitoneale Stielbehandlung, die *Stilling* einführte, durch die Klammerbehandlung *Hutchinson*'s, in erster Linie jedoch durch die unsterbliche Entdeckung der antiseptischen Wundbehandlung durch *Lister* die Resultate ungleich andere geworden waren, nahm die Operation ihren Siegeslauf durch die ganze Welt und heute gehört sie zu den am meisten ausgeführten Operationen, deren Prognose sich zusehends bessert. „Vor zwanzig Jahren, sagt *Sims* in seiner Schrift über Ovariotomie 1873, war mir kein Arzt bekannt, der sich zu Gunsten der Operation ausgesprochen hätte, heute kenne ich keinen, der ihn zu oponiren wagt, und diese vollständige Revolution war das Werk von nur 8—10 Jahren." Während nach einer Statistik von *Simson* bis zum Jahre 1857 ein Mortalitätsprocentsatz von 79,2 vorhanden war, im Jahre 1869 noch 51,8% starben, sank diese Zahl in der Folgezeit hauptsächlich durch *Listers* glänzende Entdeckung und die sich dann anschliessende Lehre von der Asepsis immer mehr und heute ist es bereits erreicht, dass die Mortalität nach einfachen uncomplizirten Ovariotomieen durchschnittlich 5% beträgt. Natürlich schwankt bei grösseren Statistiken diese Zahl sehr in Anbetracht der Art der operirten Fälle und beträgt nach einer Statistik von *Olshausen* über die Resultate von 12 bedeutenderen Operateuren des In- und Auslandes nach 4875 Operationen 13%, aber welchen Unterschied gegen die frühere Zeit. Welchen Einfluss zum Beispiel die Auswahl der einzelnen Fälle auf den Erfolg hat, zeigt sehr schön eine Statistik von Herrn Professor *Hofmeier* in seinem Lehrbuch,

wo die Procentzahl von 13, nämlich auf 138 Operationen 18 Todesfälle verursacht ist durch den exitus von 12 wegen maligner Tumoren operirten Patientinnen. Ungleichgrösser muss die Procentzahl natürlich sein, wenn es sich um eine Statistik von ausschliesslich malignen Tumoren handelt. Auch hier haben sich die Anschauungen und Resultate schon sehr geändert, indem früher die Diagnose der Malignität eines Ovarialtumors direkt eine Contraindication der Operation war. *Spencer Wells, Atlee, Keith* und *Olshausen* sprechen einstimmig den Satz aus „Die Prognose der malignen Ovarialtumoren ist absolut infaust," ja der Erstere sagt sogar ausdrücklich „sollte eine Patientin, die wegen malignen Ovarialtumors operiert ist, die Operation über stehen, so muss sie doch später an Recidiv oder entfernteren Metastasen zu Grunde gehen." Allerdings ist es auch *Wells,* der dazu ermahnt, vor Allem die Diagnose, ob malign oder nicht, völlig klarzustellen, da doch eine Unterlassung mancher Operation falsch sein könnte, aber diese Diagnose ist durchaus nicht immer leicht, ja oft überhaupt nicht möglich, und das war wohl auch der Grund, weshalb man früher die malignen Ovarialtumoren für eine Seltenheit hielt, bis die allmählige Vervollkommnung und grössere Möglichkeit einer genaueren Diagnose zeigte, dass dies keineswegs der Fall ist. *Cohn* hat unter 600 Ovarialtumoren, die auf der Klinik von Herrn Professor *Schroeder* zur Behandlung kamen, 100 maligne gefunden, also 16,6%; *Freund* unter 166 Fällen 36, oder 21,6%; *Leopold* unter 116 Ovariotomieen 26 maligne Tumoren, also 22,4%, und wenn auch diese Statistiken von vielen für zu hoch gehalten werden und vielleicht nur durch ein ungünstiges Zusammentreffen

von Umständen veranlasst sind, so ist man doch heute darin einig, die sechste Geschwulst ungefähr als bösartig anzusehen, woraus sich von selbst das Bedürfniss ergab, die Contraindicationen soviel als möglich einzuschränken. Beeinflusst werden sämtliche Statistiken allerdings durch den Umstand, dass über einen Punkt noch nicht völlige Einigkeit herrscht, darüber nämlich, ob die papillären Kystome ausnahmslos zu den malignen Tumoren zu rechnen sind, oder nicht. In den oben angeführten Statistiken sind sie dazugerechnet und *Cohn* hat in seiner Arbeit ausdrücklich ihre Malignität hervorgehoben und begründet. *Pfannenstiel* teilt die papillären Kystome ein in gutartige Adenome und bösartige Adenocarcinome, deren Procentsatz er zu 46,5 der papillären Kystome überhaupt annimmt, zugleich hebt er aber in seiner Arbeit hervor, dass die meisten Autoren dieselben ohne Unterschied für malign erklären, einige sie direkt zu den Carcinomen rechnen. Ich habe sie daher ebenfalls in meine Arbeit hereingezogen. Nachdem nun überall der erschreckende Procentsatz maligner Ovarialtumoren festgestellt worden war, änderten auch die meisten ursprünglichen Gegner der Operation ihren Standpunkt; das Princip *Spencer Wells, Peaslee's* und Anderer, erst zu operieren, wenn das Befinden der Patientin verhältnismässig schlecht sei, was schon längst verlassen und stets dafür frühzeitiges Operieren empfohlen. So dürfte den heute die einzige direkte Contraindication der Operation die klare Unmöglichkeit sein, die Geschwulst wegen vorhandener Metastasen, besonders Mitergriffensein des Peritoneums rein auslösen zu können und die Erfolge haben die Richtigkeit dieser Grundsätze bestätigt.

Keith hat auf Grund seiner Beobachtungen den Mortalitätsprocentsatz nach der Operation von Carcinomen der Ovarien auf 83,3 angegeben.

Lerch beobachtete ebenfalls bei carcinomen 20% Heilung, 80% Mortalität.

Olshausen verlor von 296 Fällen von Ovariotomie 31 durch exitus 14 davon waren maligne Tumoren.

Cohn hat die erwähnten 100 Fälle maligner Ovarialtumoren auf der Schroeder'schen Klinik eingehender betrachtet und weiter verfolgt. 86 davon wurden operirt mit 20% Todesfällen direkt nach der Operation 17,3% starben an Recidiv und 19% der Fälle war nach einem Jahre noch gesund.

Leopold giebt ebenfalls die Zahl der direkt nach der Operation gestorbenen auf 20% an; von 20 starben 4.

9 = 45% erlagen innerhalb eines Monats bei einem Jahr Recidiven.

4 = 20% wurden dauernd geheilt.

Schneider berichtet von 31 Genesungen bei 67 Fällen also 49,3% Mortalität, während bei 22 weiteren Fällen, bei denen der Krankheitsprocess schon sehr weit vorgeschritten war, 72% im Anschluss an die Operation starben.

Scabó berechnet die Mortalitätsziffer auf 50%.

Aldibert nach seinen Erfahrungen bei 12 Kindern von 4—14 Jahren auf 41,6%, fünf waren nach 2 Jahren noch gesund.

Freund endlich hatte unter 12 Fällen nur einen Todesfall zu beklagen.

Ich selbst fand nach dem Krankenmaterial der kgl. Universitätsfrauenklinik zu Würzburg aus den Jahren 1889 — Herbst 96 folgende Resultate:

In den genannten Jahren kamen im Ganzen 239 Fälle von Ovarialtumoren zur Behandlung, 55 von diesen, also 23% der Fälle waren maligne. Ich habe, wie schon oben erwähnt, nach dem Beispiele der meisten Autoren die papillären Kystome in meine Arbeit hereingezogen, nach deren Abrechnung der Procentsatz immer noch 18 beträgt, und mir vergebens die Frage vorlegen müssen, wodurch wohl dieser so hohe Procentsatz auf der hiesigen Klinik hervorgerufen sein könnte. Auch hier scheint eine Reihe ungünstiger Verhältnisse zusammengewirkt zu haben und um so mehr ist dies anzunehmen, wenn man bedenkt, dass leider schon 23 von den 55 Patientinnen, also 41,8% als inoperabel zurückgewiesen werden mussten, 32 also 58,2% kamen zur Operation.

Ich lasse nun eine kurze Zusammenstellung folgen, aus der zugleich die Häufigkeit in den einzelnen Jahren, die Art des Tumors, die Behandlung und deren Ergebnis ersichtlich ist und schliesse eine ausführlichere Darstellung der zur Operation gekommenen 32 Fälle daran an.

Jahr 1889. In diesem Jahre kamen 20 Fälle von Ovarialtumoren in klinische Behandlung 5 von diesen waren malign.

M. G. 15 Jahre	carcinoma ov. et tub. sin.	ovariotom. sin. 9. Januar	† 9. I. 5h Nachm. carcinos. univ.
F. M. 57 Jahre	carcinoma ovarii utriusque	ovariotom. dupl. 10. Januar	Glatte Heilung
L. H. 43 Jahre	Kystoma pap. ovariorum	ovariotom. dupl. 25. Mai	Glatte Heilung
K. E. 30 Jahre	Kystoma pap. ovariorum	ovariotom. dupl. 22. Juni	Glatte Heilung
Th. W. 68 Jahre	carcinoma ov. sin.	— Inoperabel —	

Jahr 1890. Es kamen zur Beobachtung 26 Ovarialtumoren, von denen 4 malign waren.

K. A. 57 Jahre	carcinoma ovariorum	wiederbestellt	—
K. B. 52 Jahre	carcinoma ov. dext.	— Inoperabel —	
C. Sch. 45 Jahre	carcinoma ovarior.	ovariotom. dupl. 17. Febr.	† 22. April Hypost. Pneum.
M. St. 51 Jahre	Kystoma ov. dextri carcinom.	ovariotom. dext. 14. April	† 25.IV. $4\frac{1}{2}^{h}$ Mg. carcinosis univ.

Jahr 1891. Im Jahre 1891 kamen 30 Patientinnen mit Ovarialtumoren in die Klinik. Malign waren davon 8.

B. H. 46 Jahre	carcinoma ov. d.	Inoperabel	
Ch. R. 47 Jahre	carcin. ovarior.	Probelaparot. 27. Nov.	Inoperabel
K. A. 57 Jahre	carcin. ovarior.	ovariotom. sin. 7. Febr.	† 9. Februar Peritonitis
A. Sch. 45 Jahre	carcin. ov. dext.	ovariotom. dex. 18. Juli	† 25. Juli Peritonitis
B. L. 27 Jahre	carcin. ov. sin.	ovariotom. sin. 26. Sept.	Glatte Heilung
M. H. 53 Jahre	Kyst. pap. sin.	ovariotom. sin. 28. Oct.	Glatte Heilung
K. W. 45 Jahre	carcin. ovar. d. carcin. et perit.	ovariot. dupl. 23. Nov.	† 12. Dec. perit. pur.
M. St. 43 Jahre	cystaden. coll. ov. dext.	ovariot. dext. 28. Dec.	† 29. Dec. 7^{h} A. Durchgebr. Rectum carcinom.

Jahr 1892. Von den 22 Fällen von Ovarialgeschwülsten die zur Operation kamen, waren 3 malign.

O. W. 38 Jahre	Kystom. pap. ov. sin. carcinoma uteri	ovariotom. sin. Amputatio uteri 2. März	† 2. März 9½h A. perit. pur. ac.
G. E. 63 Jahre	carcinoma ov. dext. et perit.	avariotom. dext. 15. Oct.	† 16. Oct. Allg. Schwäche
D. R. 51 Jahre	carcin. ov. sin.	ovariotom. sin. 9. Nov.	Glatte Heilung

Jahr 1893. 33 Fälle von Eierstockgeschwülsten kamen zur klinischen Behandlung, 7 davon waren malign.

M. Sch. 47 Jahre	Malign. Ov. tum.	Inoperabel	
B. Sch. 41 Jahre	carcin. ovarior. carcin. ventr.	Inoperabel	
M. B. 44 Jahre	carcin. ovarior. (Metast.)	Propelaparot.	Inoperabel
A. L. 38 Jahre	Malign. Ov. tum.	ovariot. dextra 2. Jan.	Glatte Heilung
A. K. 37 Jahre	Doppels. malig. ovar. tum.	ovariot. dupl. 23. Jan.	† 2. April Allg. Schwäche
V. H. 45 Jahre	Kystoma papill. ov. sin.	ovariotom. sin. 28. Juli	15. Aug. entlass. 12. Jan. 94 nachmit. oper. † 14. Januar. Allg. Schwäche
M. H. 42 Jahre	Kyst. pap. ov. sin.	ovariot. dupl. 25. Aug.	Glatte Heilung

Jahr 1894. Es kamen in die Klinik 33 Patientinnen mit Tumoren der Ovarien, 7 mit malignen.

K. B. 58 Jahre	carcin. ovarior. (Metast.)	Inoperabel	
D. G. 57 Jahre	carcin. ovarior. (Metast.)	Inoperabel	
F. R. 30 Jahre	Maligner Ov. tum.	Propelaparot. 29. I.	Inoperabel
O. Sch. 39 Jahre	carcin. ov. et perit.	ovariotom. dupl. 7. Juli	28. Juli entlass. in demselben Jahre †
B. St. 52 Jahre	adenocarcin. ovar. dextr.	ovariotom. dupl. 15. Nov.	Heilung. Später an Lungenkr. †
R. K. 54 Jahre	Aden. malig. ut. Kyst. pap. ov. sin.	ovariotom. dupl. totalexst. ut.	Heilung
A. S. 26 Jahre	Kystoma papill. ov. dext.	ovariotom. dextr.	Heilung

Jahr 1895. Die Anzahl der mit Ovarialtumoren zur Behandlung kommenden Patientinnen betrug diesmal 43, worunter sich 12 mit malignen Tumoren befanden.

S. K. 56 Jahre	carcinoma ovarior.	Inoperabel	
Th. W. 39 Jahre	carcinoma ovarior.	Inoperabel	
E. B. 63 Jahre	carcinoma ovarior.	Inoperabel (Probelaparat.)	
M. H. 32 Jahre	carcinoma ovarior.	Inoperabel	
K. H. 63 Jahre	Malig. ov. tum.	Inoperabel	
B. R. 53 Jahre	Malig. ov. tum.	Angaben fehlen	
F. B. 57 Jahre	carcin. ovar. sin. gelatin.	ovariotom. sin. 16. Mai	Glatte Heilung
F. H. 50 Jahre	adenocarcin. ov. dextr. (Metast. perit.)	ovariotom. dupl. 29. April	25. Mai entlass. nach 5 Mon. †
K. St. 50 Jahre	Kystoma pap. ov. sin.	ovariotom. sin. 22. Juli	Glatte Heilung
M. K. 59 Jahre	doppels. malig. ov. tum.	ovariot. 30. Sept.	† 14. October
M. H. 37 Jahre	Kystoma pap. ov. sin.	ovar. dupl. 14. Nov.	Glatte Heilung
F. K. 49 Jahre	Sarcoma ovar.	ovariot. dupl.	Glatte Heilung

Jahr 1896. Unter 32 Fällen von Ovarialtumoren waren 9 malign.

S. S. 48 Jahre	carcin. ov. utri- usq.	Inoperabel
M. K. 58 Jahre	Maligner Ovarialt.	Inoperabel (Probelaparat.)
E. A. 58 Jahre	carcin. ovariorum	Inoperabel
S. G. 67 Jahre	carcin. ovariorum	Inoperabel
D. K. 56 Jahre	carcin. ov. sin.	Inoperabel

M. V. 29 Jahre	Sarcoma ov. utriusq. et perit.	Propelaparat. 7. März	als inopr. entl. am 12. IV. am 20. IV. †
M. O. 58 Jahre	carcin. ov. dext.	ovariot. dext. 25. Jan.	27. I. † Hypost. Pneum.
B. L. 54 Jahre	carcin. ov. dext.	ovariot. dextr. 11. Febr.	17. II. † peritonitis pneum. croup.
C. F. 57 Jahre	Doppels. mal. ov. tum.	ovariot. dupl. 17. Juli	12. VIII. † Kachexia univ.

Die nun folgenden Operationsgeschichten habe ich selbstredend so kurz als möglich zusammengefasst.

Über die allgemeine Technik, die Herr Professor *Hofmeier* bei seinen Ovariotomieen zur Anwendung bringt, hat er selbst in seinen Werken ausführlich berichtet, ich verweise daher auf diese und habe nur das für jeden Fall interessante bei den einzelnen Operationen angeführt.

Fall 1. M. G. 15 Jahre alt. Carcinoma ov. et tub. sin.

Status: Das Abdomen ist durch einen aus dem kleinen Becken aufsteigenden und bis über den Nabel reichenden harten Tumor mit knolliger Oberfläche ausgedehnt. Der ganze obere Teil des kleinen Beckens findet sich bei der inneren Untersuchung mit Geschwulstmassen ausgefüllt.

Operation am 9. Januar 1889. Bei Eröffnung der Bauchhöhle entleert sich blutige, ascit. Flüssigkeit; der Tumor ist in seiner ganzen Ausdehnung durch gefässreiche Adhaesionen verwachsen, die teils stumpf teils scharf gelöst werden. Der breit von links ausgehende Tumor wird von der Seitenkante des Uterus nach partieller Unterbindung abgetragen. Das rechte Ovarium ist ziemlich frei, dagegen der ganze Douglas'sche Raum und die anliegenden Teile des Bauchfells mit Metastasen übersät, alle retroperitonealen Lymphdrüsen sind geschwollen, teilweise hühnereigross. Bauchnaht.

Erfolg: Patientin erholt sich nach der Operation nicht wieder und Nachmittags um 5^{h} erfolgt der exitus letalis.

Die Section ergiebt: „Carcinosis universalis.“

Fall 2. F. M. 57 Jahre alt. Carcinoma ovarii utriusque.

Anamnese: 8 p. hat seit 2 Monaten Schmerzen im Unterleib, besonders bei Seitenlage, will stark abgemagert sein.

Status: Im oberen Teil des kleinen und im grossen Becken den Eingang des kleinen ganz überlagernd ein unregelmässiger höckriger, mässig derber Tumor, der die Symphyse handbreit überragt und sehr wenig beweglich ist. Der nach links gedrängte Uterus scheint mit dem Tumor nicht direkt zusammen zu hängen.

Operation am 10. Januar 89. Bauchschnitt bis fingerbreit über den Nabel. Nach Lösung der zahlreichen Verwachsungen lässt sich der Tumor trotzdem schwer aus dem Douglas herauswälzen. Erst nachdem die dem Tumor dicht anliegende rechte Tube, das rechte ligam. rot. und der äusserste Teil des lig. lat. umstochen, unterbunden und abgeschnitten ist, gelingt dieses. Die geringe Blutung durch verschiedene Unterbindungen gestillt und Bauchnaht.

Erfolg: Patientin steht am 24. Januar auf und wird am 4. Februar entlassen. Der Uterus ist normal gross, anteflectirt und leicht beweglich. Keinerlei Verdickungen der Parametrien und keine abnorme Resistenz zu fühlen. Patientin sieht kräftig und gut aus.

Fall 3. L. H. 43 Jahre alt. Kystoma ov. dextr. et sin. pap.

Anamnese: 11 p. Menses seit einem Jahre unregelmässig, stark, 8—10 Tage anhaltend. Schmerzen in der rechten Abdominalseite.

Status: Das rechte Ovarium ist in einen kleinapfelgrossen Tumor von harter Consistenz umgewandelt, der an der rechten Beckenwand fixirt erscheint. Der etwas grosse Uterus ist anteflectirt und beweglich.

Operation am 25. Mai 89. Der Tumor ist überall fest verwachsen und Vorwälzen deshalb unmöglich. Das vordere Blatt des lig. lat. wird gespalten und der Tumor durch die Öffnung heraus entwickelt. Er besteht aus einer hühnereigrossen Parovarialcyste und dem papillär entarteten Ovarium. Die Basis des Tumors wird unterbunden und derselbe dann abgetragen, ebenso das linke Ovarium, das papillär entartet ist, Bauchnaht.

Erfolg: Glatte Heilung, am 15. Juni entlassen.

Fall 4. K. F. 30 Jahre alt. Kystoma ovariorum maligna.

Anamnese: 11 p. In der letzten Schwangerschaft bedeutende Ausdehnung des Leibes, die auch nach der Entbindung zum Teil blieb und trotz verschiedener Punctionen, bei denen je 28, 20, 14 und 16 Liter einer graulichen Flüssigkeit entleert wurden, schwoll der Leib innerhalb 5 Wochen wieder kolossal an. Patientin ist stark abgemagert, die menses cessiren.

Status: Ausgesprochene „facies ovarica"; Abdomen misst in Nabelhöhe 107 cm. Der Tumor füllt das ganze Abdomen bis zum Epigast. aus und ist überall deutlich abgrenzbar, er ist prallelastisch, nur rechts oben sind derbere Partieen. Es ist freier Ascites vorhanden.

Operation am 22. Juni 89. Bauchschnitt zunächst bis zum Nabel, Entleerung ziemlicher Menge ascit. Flüssigkeit. Der Tumor entleert durch Anstechen ungefähr 10 Liter gallertiger Flüssigkeit, zeigt nach hinten Verwachsungen von suspektem Aussehen mit dem Netz, dem Mesocolon und dem Colon transversum, die mühsam gelöst werden. Auch das harte, höckrige linke Ovarium ist von suspektem Aussehen und wird deshalb entfernt. Bauchnaht.

Erfolg: Glatte Heilung. Am 17. Juli wird Patientin in ausgezeichnetem Befinden entlassen.

Fall 5. C. Sch. 45 Jahre alt. Carcinoma ovarii utriusque.

Anamnese: 4 p. Schmerzen im Abdomen und im Kreuz, starke Abmagerung und zweimalige 1 Tag dauernde Blutung aus den Genitalien.

Status: Äusserst fettarme, kachektisch aussehende Frau. Inguinaldrüsen beiderseits bohnengross. Rechts vom Uterus ein kindskopfgrosser, harter höckriger Tumor, links davon ein gleichartiger, mannsfaustgrosser.

Operation am 17. Februar 1890. Schnitt bis 2 fingerbreit unter dem Nabel. Der linke Tumor besteht aus kleinen Cysten und carcinomatösen Partieen; er ist leicht vorzuwälzen und abzutragen. Der rechtzeitige ist ähnlich beschaffen; er wird von der vagina aus emporgedrängt, vom Abdomen aus gefasst und abgetragen. Es findet sich eine peritonitis universalis.

Erfolg: Immer mehr zunehmender Decubitus, Kräfte nehmen zusehends ab. Eine carcinomatöse Lymphdrüse bricht

in die Blase durch, Oedeme der unteren Extremitäten treten auf und am 22. April erfolgt der exitus an hypostatischer Pneumonie.

Fall 6. M. St. 51 Jahre alt. Kystoma ovarii dextri carcinom.

Anamnese: 7 p. bemerkt seit 6 Jahren ein allmähliges Zunehmen des Leibes ohne Beschwerden. Seit 14 Tagen starke Atemnot und Schmerzen im Abdomen.

Status: Abdomen sehr stark ausgedehnt, Bauchdecken und untere Extremitäten oedematös. Am 11. Juni Ablassen des grössten Teiles des Ascites. Darauf fühlt man im unteren Teil des Abdomens einen kleineren harten und einen grossen prallelastischen Tumor, die augenscheinlich von den Ovarien ausgehen.

Operation am 14. April 90. Nach Eröffnung der Bauchhöhle entleeren sich circa 7 Liter asc. Flüssigkeit, darauf erscheint der mannskopfgrosse cystische Tumor, der durch einen langen Stiel mit der rechten Uteruskante zusammenhängt. Er wird nach Unterbindung desselben abgetragen. Der zweite Tumor ist ein faustgrosser Netzcarcinomknoten und das ganze Bauchfell ist übersät mit derben Knötchen und kleinen Cysten. Das linke kleine Ovarium ist rings von höckrigen Tumoren umgeben. Da weitere operatives Vorgehen selbstverständlich ausgeschlossen ist, erfolgt Bauchnaht.

Erfolg: Nachts um $4^1/_2{}^h$ erfolgt der exitus letalis.

Die Section ergiebt: Carcinosis universalis von primärem Netzcarcinom ausgehend.

Fall 7. K. A. 57 Jahre alt. Carcinoma ovarii utriusque.

Anamnese: 3 p. bemerkt seit $1^1/_2$ Jahren eine langsame Anschwellung des Abdomens und gleichzeitig Abmagerung. Über Beschwerden hat sie weniger zu klagen.

Status: Elende anämische Frau; das Abdomen ist durch 2 unregelmässige harte, grossknollige Tumoren, die gegen einander verschieblich sind, stark vorgewölbt, es ist freier Ascites vorhanden.

Operation am 7. Februar 1891. Nach Ablassen des ziemlich reichlichen Ascites zeigt sich das Peritoneum allenthalben übersät mit bis erbsengrossen Knötchen. Nachdem der links-

seitige Tumor angestochen und ziemlich entleert ist, gelingt es, denselben zum Teil vorzuziehen, die zahlreichen Adhaesionen zu lösen und denselben abzutragen. Der rechtsseitige Tumor kann, da er überall fest adhaerent und tief in den Douglas hinein entwickelt ist, unmöglich gelöst werden. Bauchnaht.

Erfolg: Der Puls wird immer schwächer, häufiges Erbrechen stellt sich ein und am 9. Februar $8^1/_2{}^h$ morgens erfolgt der exitus.

Die Section ergiebt: Peritonitis, Fettleber, Fettherz und braune Atrophie des Herzens.

Fall 8. A. Sch. 45 Jahre alt. Carcinoma ovarii dextri.

Anamnese: Nullipara, seit 19 Jahren steril verheiratet. Patientin hat seit einem Jahre eine beständig wachsende Geschwulst im Abdomen gefühlt, Schmerzen und deutliche Abmagerung.

Status: Abdomen stark vorgewölbt durch einen prallelastischen Tumor, rechts stärker als links. Der Tumor nimmt die ganze rechte Abdominalseite ein bis zum Rippenbogen und überschreitet die Mittellinie handbreit nach links, oberhalb der Symphyse ragt links eine faustgrosse Partie des Tumors vor.

Operation am 18. Juli 91. Nach Entleerung von ziemlichen Ascites erscheint der im Beckeneingang allseitig adhaerente Tumor, dessen Wand so morsch ist, dass die Losschälung nur mit Zurücklassung kleiner Teile desselben gelingt. Bei der Eröffnung entleerte sich aus einer kleinen Öffnung blutig seröse Flüssigkeit. An der unteren Fläche ist der Tumor carcinomatös entartet. Bauchnaht.

Erfolg: Am 24. und 25. entstehen Schmerzen im Abdomen, Atemnot und völliges Verschwinden des Radialpulses und um $4^3/_4{}^h$ Morgens erfolgt der exitus an Perforationsperitonitis durch ein durchgebrochenes Carcinom des Dünndarms.

Fall 9. B. I. 27 Jahre alt. Carcinoma ovarii sinistri.

Anamnese: 1 p. Seit $^3/_4$ Jahren Anschwellen des Abdomens mit Druck bemerkt, seit kurzem auch Oedem der Beine.

Status: Elend aussehende, anämische Frau. Abdomen halbkuglig vorgewölbt durch einen knollig harten Tumor.

Operation am 26. September 91. Der aus zahlreichen, einzelnen Knollen bestehende Tumor von solid speckiger Consistenz wird nach mühsamer Lösung seiner zahlreichen Adhaesionen im kleinen Becken herausgehebelt und abgetragen. Die dabei entstehende starke Blutung, besonders im Douglas, aus Rissen des Peritonites wird durch in die Tiefe gelegte Catgutligaturen, die die blutende Peritonealfläche zusammenziehen gestillt, und darauf die Wunde geschlossen. Die Dauer der sehr schwierigen Operation betrug 5/4 Stunden.

Erfolg: Glatte Heilung. Am 30. Oktober Entlassung. Operationswunde ist tadellos, Uterus beweglich, die Parametrien links frei, weich und nicht verdickt. Am 11. Januar 92 stellt sich Patientin in völligem Wohlbefinden wieder vor.

Fall 10. M. H. 53 Jahre alt. Flimmerndes, papilläres Kystom.

Anamnese: 4. p. hat seit 20 Jahren Kreuzschmerzen. Seit 1 3/4 Jahren ist sie von ihrem Arzte auf einen Abdominaltumor aufmerksam gemacht, der geringe Beschwerden verursacht.

Status: Ein äusserst weicher, schlaffer Tumor, der einen Teil des kleinen Beckens ausfüllt und bis zum Nabel reicht. wölbt das Abdomen stark vor, er ist vom Uterus deutlich getrennt, von dem noch links ein Strang auf ihn übergeht.

Operation am 28. Oktober 91. Nach erfolgtem Bauchschnitt bis fast zum Nabel wird der schwappend, cystische Tumor in die Wunde gedrängt, angestochen und während seiner Entleerung hervorgezogen, an ihm hängt noch eine kleinere Cyste von derselben Beschaffenheit, beide an einem gemeinsamen Stiel, nach dessen Unterbindung sie entfernt wurden.

Erfolg: Glatte Heilung. Am 17. November Entlassung.

Fall 11. K. W. 45 Jahre alt. Carcinoma ov. dextri; carcin. peritonei metast.

Anamnese: 1 p. hat seit einem Monat eine raschwachsende Geschwulst im Unterleib entdeckt, zugleich bestehen Schmerzen im Kreuz und Unterleib.

Status: Ziemlich magere Frau; Abdomen halbkuglig vorgetrieben entspricht ungefähr dem achten Schwangerschaftsmonat. Der leicht palpable Tumor ist prallelastisch und zeigt

einige härtere Partieen, er reicht bis handbreit über den Nabel und ist sehr leicht beweglich.

Operation am 23. November 91. Nach Eröffnung der Bauchhöhle erscheint der Tumor, der beim Anstechen eine dunkelbraune Flüssigkeit entleert und mehrere carcinomatöse Schwarten an seiner Oberfläche zeigt. Er wird samt der carcinomatös entarteten rechten Tube entfernt. Auch das linke, kleine, tief gefurchte Ovarium nebst Tube und eine carcinomatöse Metastase des Peritoneums werden entfernt. Bauchnaht, die Operation dauerte 3/4 Stunden.

Erfolg: Leibschmerzen und Erbrechen während der nächsten Tage und zusehender Verfall. Am 12. Dezember 5h Nachmittags erfolgt der exitus letalis.

Die Section ergiebt: Peritonitis purulenta universalis. Metast. Carcinose des peritoneums, der Pleuren und Lungen.

Fall 12. M. St. 43 Jahre alt. Cystadenoma colloides ov. d.

Anamnese: 6 p. Seit 3 Monaten Schmerzen im Unterleib, die seit 3 Wochen bedeutend zugenommen haben, zuletzt auch beständige Zunahme des Leibes.

Status: Äusserst fettarme Frau mit gelblichem Teint. Die Ausdehnung des Abdomens entspricht ungefähr dem 7. Schwangerschaftsmonat und wird hervorgerufen durch einen kugligen Tumor, der sich von Symphyse bis handbreit über den Nabel erstreckt. Unterhalb des Nabels sind einige kirschgrosse Knoten durchzufühlen. Der Tumor selbst fluctuirt und ist prallelastisch.

Operation am 28. Dezember 91. Nach Eröffnung der Bauchhöhle präsentirt sich der Tumor als multiloculäre Cyste von dunkelvioletter Farbe, vorn ist er nirgends, unten aber mit der Blase, hinten mit Kreuzbein, hinterer Uteruswand und dem ganzen Douglas'schen Raum verwachsen. Die Adhaesionen und ebenso der nekrotisch aussehende Tumor reissen beim Loslösen ein. Aus der Bauchhöhle entleert sich sehr reichliche, blutig seröse Flüssigkeit. Nach mühsamer Lösung der verschiedenen Verwachsungen gelingt es, den Tumor herauszuwälzen; die rechte Tube geht auf ihn über, ebenso ein dicker Strang von der rechten Uteruskante aus. Nach Unterbindung

der Anhänge, sowie des Stranges wird der Tumor entfernt. Das linke atrophische Ovarium wird belassen. Bauchnaht.

Erfolg: Abends ist der Puls nicht mehr zu fühlen, die Patientin verfällt rapid und um 7 Uhr Abends erfolgt der exitus an Peritonitis infolge eines durchgebrochenen Rectumcarcinoms.

Fall 13. O. W. 36 Jahre alt. Kystoma pap. ov. sin. (carcinoma uteri.)

Anamnese: 1 p. Seit dem 21. Lebensjahre alle 14 Tage wiederkehrende 3—8 Tage dauernde menses. Patientin von Jahr zu Jahr schwächer, bemerkt seit 1½ Jahren ein Stärkerwerden des Abdomens und Schmerzen. Seit 5 Wochen besteht ununterbrochen blutig jauchiger Auswurf.

Status: Magere Frau von exquisit cachektischem Aussehen, gelblicher Gesichtsfarbe und grosser Schwäche. Der sehr harte Uterus von Mannsfaustgrösse überragt die Symphyse fasst handbreit und ist ihr dicht angepresst. Oberhalb des orif. int. weiche zerdrückbare Massen fühlbar, die sich mikroskopisch als typ. Drüsencarcinom ergeben. Hinter dem Uterus ist ein cystischer Tumor zu füllen, der das kleine Becken ganz ausfüllt und bis zum Nabel reicht. Vom Uterus gehen nach beiden Seiten Stränge auf ihn über.

Operation am 2. März 1892. Zunächst wird der obere Teil des corpus uteri sichtbar und der linksseitige grosse Tumor. Angestochen entleert derselbe eine fast klare, gelbliche Flüssigkeit, und es zeigt sich, dass sein ganzer unterer Teil fest im Douglas adhaerent und nur sehr mühsam und unter Zerreisung mit starker Blutung zu lösen ist. Darauf erscheinen rechts ein orangegrosser Tumor und ein kolossaler Pyosalpinx, der aus einer kleinen Öffnung Eiter in die Bauchhöhle entleert. Nach der darauffolgenden Uterusamputation stösst man noch auf krankes Gewebe, das mit dem scharfen Löffel ausgekrazt wird. Bauchnaht.

Erfolg: Heftige Leibschmerzen und sehr kleiner Puls, um 9½ h Abends exitus an peritonitis purulenta accutissima.

Fall 14. G. E. 63 Jahre alt. Carcinoma ovarii dextri et peritonei.

Anamnese: Nullipara bemerkt seit einem Jahre im Abdomen einen „dicken Knollen“, hat heftige Schmerzen im Abdomen, zugleich auch bei der Urin- und Stuhlentleerung.

Status: Die Ausdehnung des Abdomens entspricht ungefähr den 9. Schwangerschaftsmonat, bewirkt durch einen von den rechten Anhängen ausgehenden, mannskopfgrossen Tumor, der sich prallelastisch anfühlt.

Operation am 15. Oktober 92. Nach leichter Lösung der Verwachsungen mit beiden Peritonealblättern, wird der Tumor vorgewälzt und entfernt. Das linke Ovarium zeigt keine Veränderungen und wird belassen. Das ganze Peritoneum ist mit kleineren und grösseren metastatischen Carcinomknötchen übersät, teilweise mit einem grauweissen Belag bedeckt; Därme sind stark injicirt und verwachsen. Bauchnaht.

Erfolg: Am nächsten Tage Abends um ½5ʰ erfolgt der exitus an allgemeiner Schwäche.

Fall 15. D. R. 51 Jahre alt. Carcinoma ovarii sinistri.

Anamnese: 9 p. hat seit ¾ Jahren Anschwellen des Abdomens unter wehenartigen Schmerzen bemerkt, zugleich starke Abmagerung und öfters Oedem der Beine.

Status: Nach der Punktion des stark gespannten Abdomens lässt sich ein bis zur unteren Lebergrenze reichender, cystischer Tumor abgrenzen, der an verschiedenen Stellen derbe, harte Partieen zeigt.

Operation am 9. November 92. An der linken unteren Seite des Tumors finden sich Adhaesionen, die gelöst werden. Nach Anstechen und Entleerung seines Inhaltes wird der Tumor vorgewälzt und nach Abbindung seines 1½ mal um seine Axe gedrehten Stiels entfernt. Bauchnaht.

Erfolg: Glatte Heilung, wird am 28. Nov. entlassen.

Fall 16. A. L. 38 Jahre alt. Maligner Ovarialtumor.

Anamnese: Nullipara, seit Mai 92 Beschwerden im Abdomen und allmählige Zunahme desselben. Atemnot.

Status: Stark abgemagerte Patientin. Grösster Umfang des Abdomens 118 cm. Bauchdecken und unteren Extremitäten sind stark oedematös. Noch Punktion des Abdomens ist ein bis handbreit über den Nabel reichender Tumor palpabel, der besonders rechts härtere Partieen zeigt.

Operation am 2. Januar 1893. Der multiloculäre, teilweise solide Tumor, wird nach Lösung seiner Adhäsionen mit dem Netz herausgewälzt, abgebunden und entfernt. Bauchnaht.

Erfolg: Glatte Heilung. Am 22. Januar wird Patientin entlassen. Es ist keine Resistenz und kein Ascites vorhanden.

Fall 17. A. K. 37 Jahre alt. Doppelseitige maligne Ovarialtum.

Anamnese: Patientin ist seit vielen Jahren nervenleidend. Seit 4. November letzten Jahres bemerkt sie im Anschluss an einen plötzlichen heftigen Schmerz im Abdomen eine Ausdehnung desselben, die seither beständig zunimmt, zuletzt auch öfters Oedem der Beine.

Status: Schlechter Ernährungszustand. Oedeme an den Bauchdecken und Beinen. In beiden Epigastrien des stark ausgedehnten Leibes fühlt man ziemlich harte, kindskopfgrosse Geschwülste. Im hinteren Scheidengewölbe ein unbeweglicher, harter, knolliger Tumor von Hühnereigrösse, der Portio und Uterus nach abwärts gedrängt hat.

Operation am 23. Januar 93. Nach Entleerung von ungefähr 6 Lit. ascitischer Flüssigkeit erscheint der linksseitige Tumor kleinkindskopfgross von rosavioletter Farbe und derber Consistenz. Er ist nirgends adhaerent und wird nach Unterbindung seines Stieles abgetragen. Nach Abtragung der mit harten Knollen durchsetzten Tube, wird der tief in den Douglas hineinentwickelte rechtsseitige Tumor vorgezogen und entfernt. Das Netz ist in einen harten, derben Tumor umgewandelt, auch das Peritoneum zeigt eine thalergrosse, auffallende, bläuliche Stelle, die excidiert wird. Bauchnaht.

Erfolg: Nach anfänglichem Wohlbefinden stellen sich Schmerzen im Unterleib und zunehmende Schwäche ein und am 2. April stirbt die Patientin.

Fall 18. V. H. 45 Jahre alt. Kystoma ovarii papillare.

Anamnese: 4 p. Die früher immer regelmässigen Menses sind seit 7—8 Monaten sehr stark und von heftigem Schmerz im Abdomen und Kreuz begleitet, die letzteren auch in der Zwischenzeit vorhanden. Seit diesem Frühjahre bemerkt Patientin das Anschwellen ihres Leibes, Wasserlassen und Stuhlgang sind sehr schmerzhaft.

Status: Schlecht genährte Frau. Abdomen aufgetrieben durch einen ziemlich derben, an einzelnen Stellen cystischen Tumor, von dem ein Teil in den Douglas hinein entwickelt ist und den Uterus gegen die Symphyse drückt.

Operation am 28. Juli 93. Der Tumor zeigt besonders mit den Därmen derbe Verwachsungen, wird nach Lösung derselben angestochen, wobei es sich zeigt, dass besonders links ziemlich harte Partieen vorhanden sind. Darauf Unterbindung und Abtragung.

Erfolg: Patientin wird am 15. August völlig wohl entlassen. Am 30. December wird sie wieder aufgenommen.

Anamnese: Bis November befand sie sich völlig wohl, dann traten Schmerzen im Abdomen auf und Abgang hirsekorngrosser Stückchen. Ende November wieder Anschwellen des Leibes und ein kleiner Knoten in den Bauchdecken gemerkt.

Status: Abdomen durch einen Tumor von Mannskopfgrösse aufgetrieben. Ueber der Symphyse rechts von der linea alba ein wallnussgrosser, harter Knoten dicht unter den Bauchdecken.

Der Uterus ist mit carcinomatösen Massen ausgefüllt. Der kleine Tumor wächst sichtlich bis zum Operationstage.

Operation am 12. Januar 94. Der fest mit Netz und vorderer Bauchwand verwachsene Tumor enthält weiche carcinomatöse Massen und blutig seröse Flüssigkeit. Der in den Bauchdecken gefühlte Tumor ist eine infiltrirte Lymphdrüse. Da es unmöglich erscheint, den Tumor aus seinen Verwachsungen zu lösen, erfolgt Schluss der Bauchwunde.

Erfolg: Abends fühlt sich Patientin sehr schwach, ist am 14. fast pulslos, collabirt und um 5 Uhr 45 Min. erfolgt der exitus letalis infolge allgemeiner Schwäche.

Fall 19. M. H. 42 Jahre alt. Kystoma ovarii papillare sin.

Status: Abdomen stark aufgetrieben. Ueber der ganzen linken Seite bis herunter zum Darm totale Dämpfung. Im Douglas ein prallelastischer Tumor, das rechte Bein ist oedematös.

Operation am 25. August 93. Nach Eröffnung des verdickten Peritoneums entleert sich eine grosse Menge trüber,

dunkelgelbroter Flüssigkeit. Man fühlt darauf im kleinen Becken beiderseits 2 circa faustgrosse Tumoren, der rechte mehr glatt, cystisch, der linke fast ganz compakt, mit zahlreichen papillären Excrescenzen bedeckt. Beide liegen intraligamentös und sind mit Netz und hinterer Uteruswand fest verwachsen. Nach Lösung der Verwachsungen und Herausschälen aus der Peritonealkapsel werden die Tumoren entfernt. Bauchnaht.

Erfolg: Glatte Heilung. Patientin wird am 15. Sept. entlassen und stellt sich nach einem Jahre in vollkommenem Wohlbefinden vor.

Fall 20. O. Sch. 39 Jahre alt. Carcinoma ovarii et peritonei.

Anamnese: 5 p. Seit Mai besteht Anschwellen des Abdomens, Patientin hat einen Knoten in der rechten Seite bemerkt und klagt ferner über Schmerzen in der Magengegend.

Status: Abdomen besonders nach beiden Seiten hin aufgetrieben, zugleich ist freier Ascites nachweisbar. Unter den Bauchdecken fühlt man mehrere harte Knoten von Wallnussgrösse. Der Uterus ist retrovertirt und durch knollige Massen fixirt, die auch den ganzen Douglas ausfüllen.

Operation am 7. Juli 1894. Nach Eröffnung der Bauchhöhle finden sich die beiden Ovarien in faustgrosse, knollige, nicht verwachsene Tumoren umgewandelt, die typisch abgebunden und abgetragen werden. Peritoneum und Leber sind überdeckt mit kleinen harten Knoten bis Haselnussgrösse. Bauchnaht.

Erfolg: Reconvalescenz verläuft ungestört und am 28. Juli wird Patientin entlassen.

Fall 21. B. St. 52 Jahre alt. Adenocarcinoma ov. dextr.

Anamnese: 10 p. bemerkt seit einem Jahre stärkere Abmagerung, seit 8 Wochen cessirt die Periode.

Status: Kachektisch aussehende Frau mit gelblichem Teint. Fassförmige Auftreibung des Abdomens, freier Ascites. Das hintere Scheidengewölbe wird emporgetrieben durch einen Tumor von mittelharter Consistenz und rundlicher Oberfläche, die mit kleinen, zum Teil ganz harten Hervorragungen übersät ist. Auch auf der vorderen und hinteren Wand des

Douglas eine Unzahl harter Knötchen. Inguinaldrüsen beiderseits geschwollen.

Operation am 15. November 94. Entleerung von blutig verfärbtem Ascites. Der von der rechten Seite ausgehende Tumor wird nach Lösung einiger Adhaesionen vorgewälzt und entfernt. Das Peritoneum parietale ist stark entzündet. Das linke Ovarium ist klein, zeigt aber eine sehr verdächtige papilläre Excrescenz und wird entfernt. Bauchnaht. Operationsdauer 25 Minuten.

Erfolg: Glatte Heilung. Patientin ist am 25. Febr. 95 an Lungenerscheinungen gestorben.

Fall 22. R. K. 54 Jahre alt. Kystoma ovarii papillare (adenoma maligna uteri.)

Patientin wird nach Ovariotomia duplex und Totalexstirpatio uteri als geheilt entlassen, leider fehlen bei diesem sowie dem folgenden Falle die Operationsberichte.

Fall 23. A. G. 26 Jahre alt. Kystoma ovarii dextri. papillare.

Patientin wird nach Ovariotomia dextra als geheilt entlassen.

Fall 24. F. B. 57 Jahre alt. Carcinoma ovarii gelatinosum.

Anamnese: 0 p. bemerkt seit letztem Winter ein allmähliges Anschwellen des jetzt beträchtlich starken Leibes.

Status: Abdomen durch einen teilweise soliden, teils cystischen Tumor bis zu 110 ctm Umfang ausgedehnt. Die stark abgemagerte Frau zeigt Oedeme beider Beine und freien Ascites.

Operation am 16. Mai 1895. Entleerung eines ziemlichen Ascites. Der scheinbar überall freie, an der Oberfläche sehr unregelmässige Tumor geht von den linken Anhängen aus und wird nach Unterbindung seines Stiels entfernt. Das kleine, atrophische, rechte Ovarium bleibt zurück. Operationsdauer 30 Minuten.

Erfolg: Glatte Heilung. Patientin am 11. Juni entlassen. Wunde ist lineär, Uterus retroflect. fixirt. Kein Ascites.

Fall 25. E. H. 50 Jahre alt. Adenocarcinoma ovarii dextr. et perit.

Operation am 29. April 1895. Entleerung von reichlichem Ascites. Bei der Untersuchung mit der Hand erscheint das Peritoneum parietale rauh und besetzt mit zahlreichen kleinen Knötchen. Därme sind hochrot, die Serosa trüb und uneben. Der von den rechten Anhängen ausgehende, ziemlich freie Tumor wird typisch abgebunden und entfernt. Auf der linken Seite zeigt sich nun auch ein kleiner Tumor, der durch Adhaesionen fest im Douglas fixirt ist und dessen schwierige Loslösung ebenfalls gelingt. Resection verschiedener kleiner Partieen des Peritoneums und Schluss der Bauchwunde.

Erfolg: Wird nach ungestörter Reconvalescenz entlassen und stirbt nach einem halben Jahre zu Hause.

Fall 26. K. Str. 50 Jahre alt. Kystoma ovarii papillare.

Anamnese: I p. Immer unregelmässig menstruirt seit dem 16. Jahre, ist noch nicht im Klimacterium. Sie klagt über Schmerzen drückender Art im Unterleib, Kreuzschmerzen und Schwindel.

Status: Abdomen ist links am stärksten aufgetrieben durch zwei von einander durch eine Furche getrennte Tumoren von prallelastischer Consistenz.

Operation am 22. Juli 95. Die linken Anhänge gehen breit entfaltet auf den Tumor über, der sich überall fest im kleinen Becken verwachsen zeigt. Nach sehr mühsamer Loslösung, wobei durch Platzen einer Cyste die papillären Massen im Inneren des Tumors sichtbar werden, wird der dicke Stiel partieenweise mit Catgut unterbunden und der Tumor abgetragen. Darauf wird die zweite, 1½ faustgrosse Geschwulst hervorgehoben, die sich als kolossal gedehnte um ihre Axe gedrehte Tube erweist und auch diese entfernt.

Erfolg: Nach langem Krankenlager, vermischt durch einen Abscess in der Inguinalgegend, der sehr langsam heilt, verlässt die Patientin in völligem Wohlbefinden am 18. Sept. die Klinik, und stellt sich im nächsten Jahre in demselben Wohlbefinden vor.

Fall 27. M. K. 59 Jahre alt. Doppels. maligne Ovarialtumoren.

Anamnese: IV. p. hat seit drei Monaten Schmerzen im Unterleib und zugleich das Gefühl eines fremden Körpers. Häufiges Erbrechen und Appetitmangel.

Status: Sehr abgemagerte, heruntergekommene Frau. Umfang des durch einen Tumor hauptsächlich links aufgetriebenen Tumors 100 cm. In der rechten Weiche fühlt man ebenfalls eine stärkere Resistenz.

Operation am 30. Sept. 95. Nach schwieriger Spaltung der handbreitdicken Bauchdecken erscheint in der von Symphyse bis Nabel reichenden Wunde der Tumor absolut fest mit den Bauchdecken verwachsen und continuirlich in sie übergehend. Unter mühsamer Praeparation wird versucht, im unteren Teil der Wunde in die freie Bauchhöhle zu kommen, aber selbst nach handdicker Praeparation gelingt dies nicht. Auf dem Peritoneum finden sich zahlreiche, erbsengrosse, diffuse Knötchen, augenscheinlich Metastasen der malignen Geschwulst. Unter diesen Umständen wird auf ein weiteres operatives Vorgehen verzichtet und die Wunde geschlossen.

Erfolg: Nach Heilung der Bauchwunde stirbt die Patientin am 15. Tage zu Hause.

Fall 28. M. H. 37 Jahre alt. Kystoma papillare ov. sin.

Anamnese: Die taubstumme Patientin macht seit 14 Tagen ihre Umgebung auf Schmerzen im Unterleib aufmerksam, wobei denn eine Geschwulst entdeckt wird.

Status: Abdomen stark aufgetrieben, am meisten rechts. Der Tumor ist kindskopfgross, hart, rundlich und beweglich, er reicht 2 fingerbreit über den Nabel. Links schliesst sich daran eine zweite Geschwulst, die nicht ganz so hoch reicht und sich cystisch anfühlt.

Operation am 14. November 95. Nach Eröffnung der ziemlich mageren Bauchdecken wird die linksseitige cystische Geschwulst sichtbar, nach vorn teilweise vom Netz verdickt, das ganz ausgezogen und vorn adhaerent ist. Die Geschwulst erweist sich vollkommen frei gegen den die rechte Geschwulst darstellenden Uterus, unten im kleinen Becken bestehen ziemlich feste Adhaesionen. Die Innenfläche ist völlig papillär gewuchert. Der Tumor wird abgebunden und entfernt. Der anderthalb faustgrosse Uterus wird emporgehoben, hinter ihm

liegt das ebenfalls papillär entartete, hühnereigrosse rechte Ovarium, das samt Tube abgetragen wird. Bauchnaht.

Erfolg: Glatte Heilung.

Fall 29. E. K. 49 Jahre alt. Sarcoma ovarii.

Erfolg: Patientin wird nach Ovariotomia duplex geheilt entlassen, leider fehlt die Krankengeschichte.

Fall 30. M. B. 58 Jahre alt. Carcinoma ovarii dextri.

Anamnese: 8 p. Anfang December angebl. Periode von 3—4 Tagen, nach 14 Tagen wieder und Anfang Januar ebenfalls. Schmerzen waren nie vorhanden, dagegen in letzter Zeit deutliche Abmagerung.

Status: In dem stark aufgetriebenen Abdomen ist freier Ascites nachweisbar. Oberhalb der Symphyse fühlt man einen prallelastischen Tumor von gleichmässiger Oberfläche. Bei der inneren Untersuchung ist der vordere Teil des Beckens ausgefüllt mit einem ziemlich harten Tumor, im Douglas sind harte Knollen zu fühlen.

Operation am 25. Januar 1896. Es ergiesst sich ein starker, gelblicher Ascites, worauf sich der sehr unregelmässige Tumor, der vorn ganz frei ist, von den rechten Anhängen ausgeht, praesentirt. Hinten ist der Tumor sehr fest mit einigen Darmschlingen verwachsen. An einer solchen Verwachsung ist der Darm hart infiltrirt, die Geschwulst bröckelig und zerquetschbar. Unter sehr grosser Vorsicht werden diese Verwachsungen gelöst, die ganze Fläche mit dem Paquelin überstrichen, zahlreiche Unterbindungen gemacht und der Tumor entfernt. Weiterhin finden sich vor, besonders aber hinter dem Uterus im Douglas und ebenso auf Netz und Peritoneum carcinomatöse Infiltrate. Bauchnaht.

Erfolg: Der Puls wird während der nächsten beiden Tage immer schlechter und am 27. erfolgt um 5 Uhr vormittags der exitus letalis.

Die Section ergiebt: Tumores metast. hepatis et lienis Oedemaet. hypost. pulm. Degeneratio adip. cordis, anaemia universalis.

Fall 31. B. L. 54 Jahre alt. Carcinoma ovarii.

Anamnese: 1 p. merkt seit Ende letzten Jahres Abmagerung, zugleich Schmerzen im Unterleib und Kreuz.

S t a t u s: Magere, anaemische Person; Abdomen aufgetrieben, kein Ascites nachweisbar. Das kleine Becken von einem derben Tumor ausgefüllt, links davon ein zweiter kleiner Tumor.

Operation am 11. Februar 96. Die Geschwulst erweist sich, was schon vorher sehr wahrscheinlich erschien, als sehr geschwollene rechte Tube mit zahlreichen Adhaesionen. Das kleine Becken ist völlig ausgefüllt durch einen Tumor von verschiedener Consistenz, der im ganzen Umfang mit dem Peritoneum des Douglas verwachsen ist. Nach ziemlich leichter Lösung dieser Verwachsungen wird die ganz mürbe und zerreissliche Geschwulst entfernt. Auch die linken Anhänge sind verwachsen und mit zahlreichen Excrescenzen bedeckt. Im Peritoneum fühlt man hier einzelne Rauhigkeiten. Bauchnaht. —

E r f o l g: In den nächsten Tagen stellt sich Erbrechen und Schmerz im Unterleib ein, am 17. Februar ist kein Puls mehr vorhanden und abends 9^h erfolgt der exitus infolge von Peritonitis und Pneumonia crouposa.

Fall 32. C. Fr. 57 Jahre alt. Doppelseitige maligne Ovarialtumoren.

A n a m n e s e: 6 p. hat Rücken- und Unterleibsschmerzen, Wasserlassen ist erschwert.

S t a t u s: Abdomen stark aufgetrieben und eine weiche Geschwulst zu fühlen, die schwer beweglich ist und etwa bis zum Nabel reicht. Kein Ascites, keine Oedeme vorhanden. Das kleine Becken ist ausgefüllt durch einen Tumor, der in den oben genannten übergeht und hier noch weiter ist als oben. Vom Uterus nach links gehen Stränge auf ihn über.

Operation am 17. Juli 1896. Es zeigt sich zunächst der Uterus und hinter diesem der ausserordentlich weiche, stark durchblutete, zum Teil zertrümmerte Tumor, der das ganze ligamentum latum entfaltet hat. Der weiche und zerreissliche Tumor ist an seiner hinteren Fläche ausgedehnt mit den Darmschlingen verwachsen, deren Lostrennung sehr mühsam ist. Es gelingt darauf die Geschwulst in einzelnen Stückchen herauszubringen und den Stiel nach dem Uterus hin mit dem Paquelin zu durchtrennen. Die rechten Anhänge sind normal,

das ganze Becken ist mit rauhen Massen angefüllt, die zum Teil mit dem Finger herausgedrückt wurden. Bauchnaht.

Erfolg: Während Anfangs subjektives Wohlbefinden besteht, verschlimmert sich der Zustand der Patientin immer mehr, am 10. August wird aus einem Glasdrain im unteren Wundwinkel Stuhlgang entleert und am 12. erfolgt der exitus 2 Uhr vormittags.

Die Section ergiebt: Anus praetunaturalis intestini ilei Peritonitis purulenta, Kachexia universalis.

Es befanden sich also unter 55 Fällen:

33 Carcinome demnach 60%
2 Sarcome, oder 3,6%
11 papilläre Kystome 20% und
9 ihrer anatomischen Beschaffenheit nach nicht näher bezeichnete Tumoren.

Zur Operation kamen davon 32 Fälle, also 58% und zwar:

16 Fälle wegen Carcinoma ovarii, (9 Einseitige, 7 Doppelseitige).
1 Fall wegen Sarcoma ovarii
11 Fälle wegen papillärer Kystome (6 Einseitige, 5 Doppelseitige) und
4 Tumoren deren anatomischer Bau nicht angegeben war, (1 Einseitiger, 3 Doppelseitige).

Die Erfolge der Operation waren nun folgende:

Von den 16 wegen carcinoma ovarii resp. Ovariorum operirten Fällen gingen 8 also 50% in den ersten 14 Tagen post operationem mit Exitus letalis aus und zwar 3 infolge allgemeiner Kachexie und Schwäche, 4 an Peritonitis und ein Fall infolge hypost. Pneumonie. 3 weitere Fälle erlagen innerhalb der nächsten Monate Recidiven also 10,8% nämlich Fall 5. 20. 25.

In Fall 21 wurde Patientin in völligem Wohlbefinden als geheilt entlassen und starb nach 4 Monaten an Lungenerscheinungen.

Fall 2 ist nach Verlauf von 2 Jahren zu Hause gestorben.

Fall 9 war nach Verlauf von 2 Jahren noch völlig gesund, hat sogar wieder geboren. Fall 15 und 24 waren ebenfalls nach Verlauf eines Jahres völlig gesund und frei von Recidiv.

In Fall 24 stellte sich Patientin nach einem Jahre in ausgezeichnetem Befinden vor.

Es konnten demnach 20% der wegen Carcinoma ovarii operirten Fälle als geheilt betrachtet werden.

Der wegen Sarcoma ovarii operirte Fall ist ebenfalls geheilt. Die 11 Fälle von Kystoma ovarii papillare hatten folgendes Schicksal:

Es starben direkt, oder in den nächsten Tagen nach der Operation 2 Fälle also 18%, davon wurde Fall 18 zweimal operirt und starb nach der zweiten Operation an allgemeiner Schwäche, der andere Fall an Peritonitis purulenta.

Fall 3 erfreute sich nach Verlauf von 4 Jahren völliger Gesundheit, ebenso Fall 4.

Fall 10 wurde ebenfalls 3 Jahre lang beobachtet immer vollkommen gesund. Die anderen Fälle stellten sich alle nach Jahresverlauf wieder vor und sind sämtlich recidivfrei geblieben.

Wir haben demnach bei den papillären Kystomen einen Erfolg von 81,8% Heilungen zu verzeichnen.

Von den 4 operierten Tumoren, deren anatomische Beschaffenheit nicht näher angegeben ist, starben 2 direkt im Anschluss an die Operation, Fall 17 nach 3 Monaten an allgemeiner Schwäche und Fall 16 wurde dauernd geheilt.

Wir haben also bei 32 wegen maligner Ovarialtumoren operirten Patientinnen einen dauernden Heilungserfolg von 46,8%.

Wo bleibt da die absolut infauste Prognose für die Operation maligner Ovarialtumoren, und wie ganz anders haben sich seit jener Zeit die Verhältnisse gestaltet, wenn wir jetzt einen Procentsatz von Heilungen für sie zu verzeichnen haben, wie er in der Mitte unseres Jahrhunderts nicht einmal für einfache Ovariotomien beniguer Tumoren geherrscht hat. Hauptsächlich ist es, die Befolgung des schon vor Jahren von *Koeberle*, *Schroeder* und *Martin* aufgestellten Princips, jeden sicher erkannten Ovarialtumor, ohne Rücksicht auf Grösse und Gattung so frühzeitig als möglich zu entfernen, der wir diesen Fortschritt verdanken; durch den so Vieles schon besser geworden ist. Und wenn erst die Segnungen der Operation noch mehr als bisher im Volke bekannt geworden sind und die Frauen nicht erst ärztliche Hülfe nachsuchen, wenn unerträgliche Beschwerden sie dazu zwingen, sondern dem Arzte ein frühzeitiges Operieren in die Hand gegeben ist, dann wird auch die Prognose sich immer besser und günstiger gestalten und vor Allem die traurige Notwendigkeit nicht mehr so häufig geboten sein, eine grosse Anzahl armer Frauen mit einem „Zu spät" direkt zurückweisen zu müssen.

Am Schlusse dieser Arbeit gestatte ich mir, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. Hofmeier für die Anregung zu derselben und die gütige Überlassung des Materials, desgleichen Herrn Assistenzarzt Dr. Schnell für die liebenswürdige Anleitung bei der Arbeit meinen wärmsten Dank auszusprechen.

Literatur.

Schroeder-Hofmeier, weibliche Geschlechtsorgane.

Hofmeier, gynäkol. Operationen.

Hegar-Kaltenbach, operative Gynäkologie.

Cohn, Die bösartigen Geschwülste der Eierstöcke von klinischem Gesichtspunkte aus. Archiv für Gynäkologie B. 12.

Lerche, Beitrag zur Kenntnis und Behandlung des carcinoma ovarii, Archiv für Gynäkologie B. 34.

Olshausen, Krankheiten der Ovarien.

Pfannenstiel, V. Congress der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie.

Scabó, Archiv für Gynäkologie B. 32.

Schroeder, Behandlung subseröser Ovarialtumoren, Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie B. 1877.

Leopold, Über die Häufigkeit der malignen Ovarialtumoren und ihre operative Behandlung. (Deutsche mediz. Wochenschrift 1887 Nr. IV).

Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie B. 15, 17, 19, 20.

Sims, Über Ovariotomie.